

【優秀論文】

患者のたらい回しの解決策

～トリアージはなぜ普及しないのか～

3年9組7番 倉金 虎太郎

I はじめに

日本では、平成 22 年度における救急自動車等による総搬送人員は 4,985,632 人となっている¹。このうち、重症以上傷病者搬送事案の搬送人員 548,678 人から転院搬送人員 116,500 人を除いた 432,178 人について分析した結果、医療機関への受け入れの照会回数が 4 回以上のものは 16,381 件（全体の 3.8%）、6 回以上のものは 5,468 件（同 1.3%）、11 回以上のものは 727 件（同 0.2%）あった。最大照会回数は 42 回であった²。このような患者のたらい回しとも言える状況を解決する有効な一つの策として、トリアージが考えられている。

しかしながら通常の救急医療でのトリアージは全国的な普及に至っていない。そのような中でなぜ通常救急時のトリアージが普及していないのかを考察していく。そこで本論文ではトリアージの救急医療での必要性を述べ(II章)、現実的なトリアージの問題点について示し(III章)、倫理的な課題を示す(IV章)。そして、なぜトリアージが普及しないかという考察を示していく(V章)。

II 通常救急時のトリアージの必要性

病院側が、救急患者の受け入れを断る理由としては三つ挙げられる。一つは医師が別の患者を診る場合。これは救急搬送が高齢化に伴い増加しているのに対し病院そのものは増えていないためである。二つ目は処置困難の場合。病院の設備不足や、専門医の不在によって患者に十分な医療の供給ができない状態である。最後はベッドが満床という場合である。病院のベッドが埋まっていて患者を受け入れたくても受け入れられないのである。

このような状況が起こってしまう理由としては入院治療を必要とする重症患者の搬送先である第二次救急医療機関の減少が挙げられる。急性期病院というのは外来のみで対応できる患者を主に受け入れる初期救急医療機関、前述した第二次救急医療機関、第二次救急医療機関でも受け入れることのできない患者を受け入れる第三次救急医療機関に分けられ

¹ 総務省「平成 22 年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査の結果」
(http://www.fdma.go.jp/neuter/topics/houdou/h23/2307/230722_1houdou/03_houdoushiryou.pdf 2014 年 7 月 27 日
取得)

² 同上

ている³。119 番通報によって患者が運ばれる際、ほとんどが第二次救急医療機関に運ばれてくるのである。

しかしながら、その救急医療機関が年々減少してきているのである。東京都では平成 10 年から平成 23 年までに 411 から 328 に減少している⁴。その一方で救急搬送された患者の数はおよそ 16 万人増加している。この状況の原因としては社会の高齢化による影響もあるが、タクシー代わりの救急車利用などといった不適切な救急車利用も原因である。さらに救急搬送される患者の中には軽症の患者も少なくなく、緊急度の高い患者の治療を困難にさせたり救急医の疲弊を加速させていたりするのも一つの要因となっている。

このような状況を打破するシステムこそトリアージなのである。トリアージとは「災害発生時に、負傷の種類や程度によって優先順位を決め、多くの患者を救う医療措置を行うこと。」⁵である。つまり、このシステムを一般の救急医療において施行することで救急患者の選別をし、本当に救急搬送が必要な人だけを搬送するということだ。東京都では救急隊による現場のトリアージと看護師によるコールトリアージを試験的に導入した。コールトリアージというのは救急車を呼ぶことを躊躇してしまう人のために設置された窓口で電話によってトリアージを行うことである。現場のトリアージでは半分くらいの患者から救急搬送しないことの同意が得られ、看護師によるコールトリアージでは救急車の出動を四分の一に抑えることが可能となった⁶。

このように一般の救急医療におけるトリアージが全国的普及すれば、患者のたらい回しの解決策になるであろう。しかし、それは未だ一部の地域での試験的導入にとどまっている。そこでなぜ一般救急医療におけるトリアージが全国的に普及していないのかを考察していく。

III トリアージの現実的課題

(1) 法の整備

トリアージの普及していない現実的な問題点としては法の整備が十分になされていないことが挙げられる。トリアージを行った人の優先度判定による判断ミス の責任を免除するための法律や救済システムが構築されていないのである。これはトリアージがもともとフランスの軍隊の野戦病院のシステムであったことに起因する⁷。

トリアージはフランス語の **trier**(選び出す、選び取る)というフランスの繊維商人が羊毛を品質によっていくつかのクラスに仕分けする際に用いられた言葉が語源である⁸。そして

³ 厚労省「救急医療体制等のあり方に関する 検討会」

(<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002umg2-att/2r9852000002ummz.pdf> 2014 年 7 月 27 日取得)

⁴ 東京都福祉保健局 「社会構造の変化に対応する救急医療体制のあり方について (平成 25 年 5 月救急医療対策協議会報告)」

(http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/kyuukyuu/gijiroku/kyuutaikyohoukoku2505.files/2505kyuutaikyohoukokusyo_2.pdf 2014 年 8 月 4 日取得)

⁵ 原子力規制委員会 (<http://www.nsr.go.jp/archive/nisa/word/20/0745.html>)

⁶ 本田宏 『医療崩壊はこうすれば防げる!』(洋泉社 2008 年 p51.53)

⁷ 尾立貴志 トリアージはジュネーヴ条約違反である (電子版) .doc

⁸ 東京都福祉保健局「トリアージ ハンドブック」

トリアージが医学の世界で使われるようになったのはフランス革命軍の軍医、ドミニク・ジャン・ラレイがフランス革命以降の戦争で負傷兵を「階級や身分とは関係なく平等に扱い」⁹負傷の程度によって分類し、重傷者から優先的に治療したことが始まりである。

つまり人道的選別ではないが、戦傷者を身分に関係なく医学的必要性のみで人を選別するシステムが誕生したのである。その後、ナポレオンのエジプト遠征時に戦力の早期回復を主眼に置き「治療の効率化」を追及した現代的なトリアージが誕生したのである。

このような歴史背景ゆえに、トリアージとは戦時中の軍人の軍属を前提にしたシステムであるのだ。軍隊でのトリアージは優先度判定による判断ミスによって死者が発生したり後遺症を残してしまったりしても患者は基本的に軍人または軍属であるために国から損害に対する補償が約束されているのである。さらに、トリアージを行った医師に対しても軍事上のこととしてトリアージを行っただけであるため、よほどの重過失ではない限り判断ミスの責任を問われることはなく、医療ミスについても患者個人から訴えられることはないのである。このように、基本的人権を認めない冷徹で平等な判断を下すためには、軍隊や全体主義社会のような統率された組織でなくては行けないのである¹⁰。

それに対し一般の救急医療でのトリアージはおろか災害時におけるトリアージでさえ未だに優先度判定を行った者に対する判断ミスの責任を免除する法律や救済システムが構築されていないのである。トリアージは救命のプロセスを省略してしまうため本当に最善が尽くされていたのか過失責任が問われてしまう。そのためその時の医療状況において最善を尽くしてトリアージを行い、救急治療を施したとしても判定者が罪に問われ裁かれる危険性があるのである。

(2) 優先度判定の困難さ

現実的課題として優先度判定の困難さも問題として挙げることができる。トリアージの段階はトリアージ・タグという緑、黄色、赤、黒の四つの識別標で段階分けされている。緑は「救急での搬送の必要がない軽傷なもの」、黄色は「生命に関わる重篤な状態ではないが搬送が必要なもの」、赤は「生命に関わる重篤な状態で、救命の可能性があるもの」、黒は「死亡、もしくは現状では救命不可能とされるもの」を表している。そして優先度は赤、黄色、緑、黒の順となっている¹¹。このようにトリアージの段階は四つしかないため判別が簡便である。しかしながら、段階数が少ないために同じ判定の傷病者の優先度の判定が困難となったり、優先度が大きく異なってきたりしてしまうのだ。

さらに、優先度判定ではアンダートリアージの危険性もある。アンダートリアージとはトリアージの際に患者に対して適切な基準よりも低く判定してしまうことである。重症であつたにもかかわらず軽症とみなされてしまうため防ぐことのできた死を発生させてしま

(<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/kyuukyuu/saigai/triage.files/toriagehandbook.pdf> 2014年8月16日取得)

⁹ 尾立貴志 トリアージはジュネーブ条約違反である (電子版) .doc

¹⁰ 同上

¹¹ 樋口範雄『医療と法を考える - 救急車と正義』(有斐閣 2007年 p207)

うのである。通常の救急医療でのトリアージとして有効なコールトリアージ(電話でのトリアージ)ではアンダートリアージが発生してしまうと重症であるのに救急車が来ないというような状況が発生してしまうためリカバリーが困難となってしまう。

しかし、アンダートリアージを忌避するあまりオーバートリアージ(重症度判定を適切な基準よりも高く判定すること)が発生しすぎてしまうと通常の救急医療でのトリアージの意味がなくなってしまうのだ。

以上よりトリアージの救急医療で施行するには、優先度判定の判定者の責任を保護する法律や救済システムを確立すること、トリアージ基準の再整備が必要となるのである。しかし、もしこれらの現実的課題が解決したとしてもまだトリアージに課題が残ってしまう。それこそがトリアージの倫理的課題なのである。この倫理的課題を次の章で考察していく。

IV 倫理的課題

(1)倫理的観点から見たトリアージの問題点

トリアージは倫理的観点から見ても問題が浮き彫りとなってくる。トリアージは第三者が優先度判定を行うことになる。したがって誰かが生命の価値を判断してしまうという「命の選別思想」が問題となってくるのだ。「命の選別思想」として代表的な問題はトロッコ問題¹²である。トロッコ問題とは「ある人を助けるために他の人を犠牲にするのは良いことか。」という倫理の思考実験だ。暴走した列車が走ってきていて、自分が線路の分岐器のそばに立っている。なにもしなければ大勢のひとを見殺しにしてしまうが、レバーを引いたら数人の人を選択して殺してしまうことになる。数人を故意に死なせるべきか、それとも、もっと多くの人死ぬのを黙って見ているべきかを短時間に決めなければならないときどう判断すべきかが問われている。

多くの人を助けるべきという考えは合理的で道徳的な判断である。しかし、一方で故意に数人を死なせるという判断は判断者を神の位置に置き、生殺与奪を決定してしまうことになるのだ。また、判断者には行動を起こすか起こさないか自分で決定できてしまうので、どちらの判断を行うにしても、自らの責任に責任を負わなくてはならないのである。トリアージも全体のこと考え優先度判定者が多くの患者を救い少数の重症者を見捨てるか否か、トロッコ問題と同じ倫理的課題が浮かび上がってきてしまうのである。

このトロッコ問題に対しては二つの考えを当てはめることができる。功利主義と直観主義という考えである。功利主義とは「行為の結果を、道徳的に評価・判断する立場」¹³である。行動の動機ではなく、行動の結果で道徳的判断を下すのである。この考えの原理には人間の行動決定は苦痛と快楽によって決まるというベンサム¹⁴の考えがある。快楽を望むことと苦痛を避けることが人間の行為すべての基底にあるのだ。人間は結果的に快楽を生む

¹² ジュリアン・バジーニ『100の思考実験—あなたはどこまで考えられるか』(紀伊國屋書店 2012年 p80-81)

¹³ 小川芳男『医療倫理学』(北樹出版 2004年 p34)

¹⁴ フィリップ・スコフィールド『ベンサム - 功利主義入門』(慶應義塾大学出版株式会社 2013年 P62-P63)

行動を起こすというのだ。トロッコ問題に功利主義を当てはめるとするならば、判定者は手を汚さずに多数の人を見殺しにするという利己的な行動よりも、自らの手を汚してでも多くの人を助けるという「最大多数の最大幸福」¹⁵を増進するような行動を行うのである。その行動こそが、判定者にとって共同体の中で快樂を最大化し苦痛を最小化させることなのだ。

功利主義に対して直観主義とは道徳的判断を下す際には自らの直観で下されるべきという考えである。つまり、正と不正の問題は自分の良心や感情に訴えることによって判断されるべきという考えである¹⁶。自らの直観を道徳的判断基準とし、行為を決定する直観主義をトロッコ問題に当てはめるとすれば、殺人をしてはいけないという道徳的直観により大勢の人を見殺しに自らの手を汚さないという選択肢をとるのである。

しかし、トリアージの制度の基本にあるのは数字である。トリアージはすべての患者を救うという考えを捨て、多少の犠牲を出してでも多くの患者を助けるという全体主義的な制度なのである。トリアージは「最大多数の最大幸福」を求める制度であるのだ。トリアージがトロッコ問題と同じ倫理的課題を持つならば、トリアージは功利主義的な判断がなされるべきである。

(2)災害医療と通常医療の目的の違い

救急医療と災害医療では医療環境が異なるので施す医療の目的も大きく変わってくる。医療倫理学の四原則¹⁷のうち配分的正義原則(justice)とトリアージは大きく関わっている。この正義原則(justice)は医師も患者も社会の中で生きていることを忘れてはならないという内容の原則である。

そもそもトリアージは言わば、患者個人の人権というものよりも治療の効率といった全体主義的な問題を考慮する制度であるため「すべての患者を救う」という思想から大きく逸脱した制度なのである。大地震などの災害時、非常時には傷病者が大発生し、かつ医療機関の機能が制限されてしまう。そこで、災害時の制約された条件下で医療を施すことのできない患者が発生してしまうのが明らかであるときにこそトリアージは是認されるものなのである。医療もこのような限られた資源の中で行われる場合、正義にかなった公正な資源の配分を考慮しなくてはならないのだ。トリアージの考え方は、この正義を実現するための原則を表現したものなのである¹⁸。

たとえば大災害の被災者の治療にあたる時経済能力や社会的地位が高かったとしてもそれを理由に優先度判定を行うことはこの正義原則に反してしまう。社会的地位などを問わず治療を今すぐにすれば助かる軽症者を優先し、重症者を後回しにしなくてはならないのだ。災害医療の目的は、集団にとっての最大限の医療を提供することであるのだ。限ら

¹⁵ フィリップ・スコフィールド前掲書 P64—P65

¹⁶ フィリップ・スコフィールド前掲書 P97

¹⁷ 公益社団法人日本看護協会(<http://www.nurse.or.jp/rinri/basis/rule/>)

¹⁸ 樋口範雄『医療と法を考える - 救急車と正義』(有斐閣 2007年 p211)

れた資源の中で「最大多数の最大幸福」を平等に提供しなくてはならないのだ。トリアージは前述したように功利主義的に行われるべき制度である。したがってトリアージの際に生じる倫理的課題にも目をつむることができるのだ。

一方で、救急医療はあくまで通常の医療なのである。救急患者に対しては常に医療を提供できる十分な体制が整っているので、「すべての患者を救う」という思想は逸脱できない。救急医療ではすべての患者個人に対して最大限の医療を提供することが目的となってくるのだ。したがって医療環境が整っている中で、救急医療の効率を重視し患者個人の人権を無視した医療を施してしまうと、トリアージの倫理的課題点に目を瞑ることはできないのである。

したがって、通常時の救急におけるトリアージはトリアージの行われるべき前提条件がなされていないことになりトリアージの倫理的課題である「命の選別思想」が災害医療以上により浮き彫りとなってしまうのである。

V トリアージが全国的普及に至らない理由

以上のことから、救急医療でのトリアージが全国的な普及に至らないのは、もともとのトリアージ自体が現実的課題の改善が必要であることに加えて、災害時と通常時の救急医療でのトリアージの倫理的課題の差が大きいためであると考察できる。

トリアージの判定者の責任を免除するような法律や救済システムが確立しない限りは判定者が罪に問われ、裁かれ、満足なトリアージができなくなってしまう、トリアージとして機能しなくなる。さらにトリアージの基準の再設定がされないと、多数のオーバートリアージを招き、トリアージとして機能しなくなってしまう。まずはこれらの現実的課題を解決することが通常救急でのトリアージを普及させるのには必要である。

だがしかし、これらの現実的課題を乗り越えたとしても、トリアージの普及に至るには判定者が患者の命の生殺与奪を決定してしまうという「命の選別思想」という倫理的課題が立ちはだかる。さらに災害時と通常時の救急医療の目的の違いから生じてしまう倫理的課題の差が大きいことも課題となってしまうのだ。これらの課題の解決には、国民のトリアージへの同意以外に解決策はないであろう。そのためにも国民へのトリアージという制度の認識、理解の徹底がトリアージを普及させるためには必要である。

つまり、トリアージを普及させるためにはトリアージを行うために必要な法を整備、制定し国民へトリアージの認知の徹底をするべきである。そうすれば救急車利用を減らし本来に救急搬送が必要な人たちに治療を供給することができ、より治療が効率化するであろう。そして、患者のたらい回しという状況を打破し、より多くの患者を救うことができるようになるはずである。

(6851 字 原稿用紙 17.1 枚相当)

【参考文献及び関連 URL】

- ◆総務省「平成22年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査の結果」
(http://www.fdma.go.jp/neuter/topics/houdou/h23/2307/230722_1houdou/03_houdoushiryou.pdf)
- ◆厚労省「救急医療体制等のあり方に関する 検討会」
(<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002umg2-att/2r9852000002ummz.pdf>)
- ◆東京都福祉保健局「社会構造の変化に対応する救急医療体制のあり方について（平成25年5月救急医療対策協議会報告）」
(http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryu/kyuukyuu/gijiroku/kyuutaikyohoukoku2505.files/2505kyuutaikyohoukokusyo_2.pdf)
- ◆原子力規制委員会 (<http://www.nsr.go.jp/archive/nisa/word/20/0745.html>)
- ◆本田宏『医療崩壊はこうすれば防げる！』（洋泉社 2008年）
- ◆尾立貴志 トリアージはジュネーヴ条約違反である（電子版）.doc
- ◆東京都福祉保健局「トリアージ ハンドブック」
(<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryu/kyuukyuu/saigai/triage.files/toriagehandbook.pdf>)
- ◆樋口範雄『医療と法を考える - 救急車と正義』（有斐閣 2007年）
- ◆ジュリアン・バジーニ『100の思考実験—あなたはどこまで考えられるか』（紀伊國屋書店 2012年）
- ◆公益社団法人日本看護協会 (<http://www.nurse.or.jp/rinri/basis/rule/>)
- ◆フィリップ・スコフィールド『ベンサム - 功利主義入門』（慶應義塾大学出版株式会社 2013年）
- ◆小川芳男『医療倫理学』（北樹出版 2004年）